

LEA ATENTAMENTE Y COMPLETE TODOS LOS RANGOS CON LETRA CLARA.

DATOS PERSONALES							
NOMBRE		APELLIDO			SEXO		
					<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Varón		
TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NUMERO DE CUIL			FECHA DE NACIMIENTO		
DNI/ CI/PAS					19.....		
NACIONALIDAD:							
ESTADO CIVIL (MARCAR CON UNA X)							
<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A O CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A O SEPARADO/A		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿TIENE PERSONAS A CARGO? ¿CUÁNTAS?			
DOMICILIO							
CALLE	NUMERO	DPTO	PISO	MONOBLOCK	BARRIO		
NUMERO DE TELEFONO FIJO			NUMERO DE CELULAR				
(0)			(0)				
CORREO ELECTRONICO							
CUPOS ESPECIALES							
DECLARO TENER DISCAPACIDAD O ESTAR TRANSPLANTADO					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
TIPO DE DISCAPACIDAD:	<input type="checkbox"/> MOTORA	<input type="checkbox"/> MENTAL	<input type="checkbox"/> SENSORIAL	<input type="checkbox"/> PSICOLOGICA	<input type="checkbox"/> OTRA	¿CUAL?	
En caso de ter discapacidad deberá adjuntar Certificado Oficial (Ley 22.431 y 24.901) acreditando dicha condición. Los transplantados deberán adjuntar Certificado Médico Oficial							
ESCOLARIDAD		EXPERIENCIA LABORAL			CONOCIMIENTOS DE COMPUTACION		
NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO (MARQUE CON UNA X)		POR FAVOR: ENUMERE CUALES FUERON LAS ULTIMAS ACTIVIDADES LABORALES QUE REALIZO CUENTENOS BREVEMENTE QUE TAREA TENIA A SU CARGO			Marque con X		
NO ASISTIO		1.....			NO TENGO <input type="checkbox"/>		
PRIMARIO INCOMPLETO		2.....			BÁSICO <input type="checkbox"/>		
PRIMARIO COMPLETO		3.....			INTERMEDIO <input type="checkbox"/>		
SECUNDARIO INCOMPLETO					AVANZADO <input type="checkbox"/>		
SECUNDARIO COMPLETO							
TERCIARIO O UNIVER INCOMPLETO		¿CUANTO TIEMPO HACE QUE SE ENCUENTRA DESOCUPADO? (MARQUE CON UNA X)					
TERCIARIO O UNIVER COMPLETO		<input type="checkbox"/> 6 Meses a 1 1 meses <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 2 a 3 años <input type="checkbox"/> 3 a 4 años <input type="checkbox"/> más de 4 Cuántos.....					
COMPLETA LA EMPRESA O INSTITUCION (completar TODOS los espacios)							
Nombre de la Empresa como figura inscripta en AFIP - no usar el nombre de fantasía							
Razón Social de la Empresa/Empleador: _____							
CUIT: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Código De Actividad (Código CUI AFIP) _____							
Domicilio Legal De La Empresa. Calle _____ Nº _____ Dpto: _____ Piso: _____							
Localidad: _____ CP: _____ Provincia _____ Teléfono del Referente _____							
Correo Electrónico: _____ Cel Nº (0) 15 _____							
Cantidad de Personas Permanentes Registrados en la Ciudad de Rio Cuarto Hasta la Fecha (SEGÚN DDJJ AFIP)							
Modalidad de incorporación (Marque con una X la opción que corresponda)							
ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/> El Beneficiario/a recibe el aporte del Gobierno Municipal y un seguro de accidentes personales. No establece relación laboral con la empresa/institución ni con el Municipio.							
CTI <input type="checkbox"/> Contrato por tiempo Indeterminado. Una vez que la Empresa/institución recibe la notificación del beneficiario, inscribe al mismo como personal registrado (debe presentar Alta Temprana a la Subsecretaría de Trabajo y descuenta aportes del municipio del recibo de sueldo del beneficiario/a)							
Fecha de Entrega ____/____/2018 HORA: (PARA COMPLETAR POR LA SUBSECRETARÍA DE EMPLEO)							
Reservado para el Municipio							
FIRMA Y SELLO DE RECEPCIÓN		FIRMA Y ACLARACION DEL POSTULANTE			FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN		

ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA QUE SE DETALLAN EN LA PÁGINA SIGUIENTE DE ÉSTA SOLICITUD

ACEPTACION DE TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA:

- Los datos consignados en el presente formulario revisten carácter de declaración jurada y están amparados por secreto estadístico.
- En mi carácter de postulante al Programa “+45 Volver a Trabajar” del Gobierno de la Ciudad de Río Cuarto, para el cual estoy realizando esta inscripción, declaro ser desocupado. Asimismo POSTULANTE Y EMPRESA/ INSTITUCION declaramos conocer el programa y nos comprometemos a cumplimentar las obligaciones que en el mismo se estipulan.
- Autorizo al Gobierno Municipal de Río Cuarto a que los datos consignados sean verificados con cruzamiento de información y se realicen publicaciones oficiales al respecto.
- En caso de resultar beneficiario, autorizo expresamente al Banco de la Provincia de Córdoba para debitar los fondos y/o cierre de la cuenta bancaria asignada en virtud del presente Programa y reintegrar a la autoridad de aplicación los montos que por demora en la información sobre la falta de cumplimiento de los requisitos del mismo, no correspondieren, liberando a dicha entidad bancaria de toda responsabilidad por tal operatoria
- La condición de beneficiario del programa no generará relación de dependencia entre éste y la municipalidad de Río Cuarto ni con la entidad adherente en ninguna de sus etapas.
- En el caso que la empresa opte por la modalidad CTI, el empleador deberá darle el alta temprana en AFIP al momento de la incorporación al puesto de trabajo.

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN

Para presentar la solicitud el postulante debe:

- Tener entre 45 y 55 años cumplidos al momento del sorteo del programa.
- Estar desempleado en los últimos 6 meses.
- Tener domicilio en la ciudad de Río Cuarto con un año de anterioridad al inicio del programa.
- No debe ser beneficiario de otros programas de empleo nacional, provincial o municipal, no debe poseer jubilación o pensión, seguro de desempleo, retiro o ser aportante del monotributo a excepción de la categoría social, ni debe poseer empleo registrado, se exceptúan la Asignación Universal por hijos y las pensiones por discapacidad.
- Sólo se aceptarán empresas/instituciones con número de CUIT, quedando expresamente excluidos organismos oficiales.

Para la Entidad Adherente:

- Estar inscriptas regularmente en los organismos nacionales, provinciales y municipales de carácter tributario y de la seguridad social.
- No haber efectuado despidos de trabajadores en un periodo no inferior a los seis (6) meses a la fecha del lanzamiento del programa.
- No sustituir trabajadores vinculados con un contrato laboral –bajo cualquier modalidad– por beneficiarios del presente programa.
- No tener a su cargo ni servirse de trabajadores no registrados o registrados indebidamente.

Cupos:

- 0 y 9 trabajadores registrados 1 (un) beneficiario.
- 10 y 19 trabajadores registrados 2 (dos) beneficiarios.
- 20 y 29 trabajadores registrados 3 (tres) beneficiarios.
- 30 y 39 trabajadores registrados 4 (cuatro) beneficiarios.
- 40 o más trabajadores registrados 5 (cinco) beneficiarios.

INSTRUCCIONES

Para el llenado del formulario:

- Llenar con letra imprenta, clara y legible en tinta.
- En caso de no conocer el N° de CUIL, solicitarlo en la delegación de ANSES (Vélez Sarsfield 525)
- El Programa tendrá una vigencia de 6 meses desde el inicio de la capacitación.
- Si el titular de la empresa/institución no está disponible para firmar, lo deberá hacer únicamente el representante legal de la misma, colocando sello aclaratorio.

Dónde y hasta cuándo presentar la planilla ya completa:

Las planillas de inscripción del programa podrán presentarse desde el 11 de junio hasta el 31 de julio en la SUBSECRETARÍA DE TRABAJO. Buenos Aires 535, en el horario de 8 a 12.30 hs.

¡IMPORTANTE!

Presentar esta planilla en original y copia, adjuntando copia de DNI donde conste el domicilio actual.

TODA INFORMACIÓN SOBRE RESULTADO DEL SORTEO Y NOTIFICACIONES A BENEFICIARIOS SE PODRÁ CONSULTAR EN LA PÁGINA WEB DEL MUNICIPIO. <http://www.riocuarto.gov.ar>